

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# خدمات مراقبت بهداشتی سالمندان در سطح جهان

گردآورنده: ناهید کاووسیان

دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی

استاد مربوطه: دکتر فاطمه محمدی

# خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه برای سالمندان در استرالیا

استرالیا از رهگذر یک برنامه بیمه همگانی پوششی فراگیر جهت خدمات درمانی و مراقبت های بهداشتی مستقر کرده است و هزینه های آن را از مالیات تامین می کند. این برنامه اغلب مراقبت های بهداشتی، از جمله خدمات پزشکی و بیمارستانی و داروهای تجویزی را پوشش می دهد. دولت فدرال اغلب خدمات بهداشتی را تنظیم می کند و تامین بودجه آنها را بر عهده می گیرد، اگرچه دولت های محلی عهده دار مسئولیت خدمات عمومی بیمارستانی هستند. تقریباً نیمی از استرالیایی ها در کنار بیمه همگانی از بیمه های خصوصی برای پوشش موارد بیشتری از مسائل مربوط به بهداشت و سلامت استفاده کنند.

دولت به این بیمه های خصوصی که دندانپزشکی و بیمارستان های خصوصی را پوشش می دهند نیز یارانه می دهد. اغلب پزشکان به فعالیت های خصوصی مشغولند و مبنای پرداخت پول به آنها "هزینه خدمات" است. تقریباً دو سوم تخت های بیمارستانی در بیمارستان های دولتی قرار دارند و بقیه در بیمارستان های خصوصی هستند، اگرچه بیماران به طور خصوصی نیز می توانند در بیمارستان های عمومی و دوتی تحت درمان قرار گیرند.

درآمد پزشکان بیمارستانهای عمومی به دو صورت است: گرفتن دستمزد ماهانه و نیز پاداش های اضافه برای معاینه بیماران خصوصی در آنها یا کار کردن به طور خصوصی و دریافت دستمزد ساعتی برای درمان بیماران عمومی. اهداف سیاست گذاری کنونی شامل این موارد می شوند: ساختار مدیریت نوین برای بیمارستان های عمومی، برقرار کردن سیستم گذارش گیری از کیفیت اجرا و نیرومند کردن مراقبتهای اولیه.

# مداخلات مراقبتی زود هنگام

در سال ۲۰۰۰ میلادی ۸۰٪ افراد بالای ۶۵ سال ساکن مناطق جنوبی استرالیا بر ضد آنفولانزا واکسینه شدند. در چارچوب برنامه غربالگری سرطان سینه استرالیای جنوبی برای زنان بالای ۴۰ سال و با تاکید ویژه برای زنان بین ۵۰-۶۵ سال ماموگرافی رایگان انجام میشود. همچنین کمیسیون تحقیقات پزشکی و بهداشت ملی وابسته به دیارتمان بهداشت و مراقبتهای سالمندان در سیستم بهداشتی کشورهای مشترک المنافع راهنمای تغذیه ای ویژه سالمندان استرالیا را ارائه نموده است.

دولت استرالیا با پرداختهایی در قالب لوايح تامین اجتماعی به سالمندان کمک هزینه هایی را پرداخت می نمایند. به علاوه افراد سالمند بازنشسته از تخفیف هایی در زمینه هزینه های آب بهای مصرفی و مالیاتهای شهرداری برخوردار می باشند.

# مراقبت در منزل

از اوایل دهه ۱۹۸۰ با درک این موضوع که اغلب سالمندان ترجیح می دهند تا در حد امکان در خانه های خودشان زندگی کرده و مراقبتهای لازم را دریافت نمایند، نحوه ارائه خدمات مراقبتی به سالمندان در این منطقه شاهد تحولات قابل ملاحظه ای گردیده است. این مسئله باعث گردیده تا حجم وسیعی از خدمات ارائه شده از موسسات مراقبتی به خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه سوق داده شود.



در جنوب استرالیا شبکه وسیعی از سازمانهای دولتی، خصوصی، داوطلب و گروههای تامین کننده خدمات، ارائه خدمات بهداشتی و اجتماعی به سالمندان را بر عهده دارند. دو برنامه عمده تامین کننده مراقبتهای مبتنی بر جامعه و در منزل در خصوص سالمندان در جنوب استرالیا عبارتند از: برنامه مراقبتهای در منزل و در جامعه و بسته مراقبتهای مبتنی بر جامعه سالمندان برنامه HACCC<sup>(۱)</sup> ارائه کننده خدمات، مراقبتها و حمایتهای لازم در خصوص سالمندان دارای وضعیت شکننده سلامتی و ناتوان و معلولی است که در خانه به سر می برند.

1-home and community care

این خدمات عبارتند از: خدمات نظافتی و تهیه غذا، مراقبتهای فردی، خدمات تغذیه ای، مراقبتهای روزانه و فرجه ای، اطلاع رسانی، خدمات مشاوره ای و حمایتی برای مراقبت دهندگان. در سال ۱۹۹۷ تخمین زده شد که حجم خدمات HACCC ارائه شده برای سالمندان جنوب استرالیا ۹۶۵ ساعت در ماه به ازاء ۱۰۰۰ نفر سالمند بالای ۷۰ سال بوده است.

خدمات CACPs<sup>(۱)</sup> شامل خدمات مراقبتی برنامه ریزی شده و هماهنگ شده در سطح جامعه می باشد که با هدف کمک به سالمندان نیازمند دریافت خدمات مراقبتی متعدد و پیچیده طراحی گردیده تا آنها بتوانند مدت زمان بیشتری در خانه های خود به صورت مستقل به زندگی خود ادامه دهند.

بر خلاف HACCP، خدمات ارائه شده در CACPs تنها برای سالمندان پیش بینی و طراحی گردیده است.

1-community aged care package

# آسایشگاهها و خانه های پرستاری

مراقبتهای آسایشگاهی برای سالمندانی تدارک می شود که دیگر توانایی زندگی مستقل در خانه های خود را ندارند و بدین جهت از سوی تیم ارزیاب مراقبتهای سالمندی مورد بررسی قرار گرفته اند. بر اساس نتایج ارزیابی افرادی که نیازهای جسمی، روانی و طبی قابل ملاحظه ای داشته و نیازمند دریافت خدمات مراقبتی تخصصی پرستاری باشند در خانه های در خانه های پرستاری ارائه دهنده خدمات مراقبتی سطح بالایی قرار می گیرند. در سال ۹۸-۱۹۹۷ برای هر ۱۰۰۰ نفر سالمند بالای ۷۰ سال در شهر آدلاید ۵۲ مکان آسایشگاهی وجود داشت.

# مراقبتهای مزمن و طولانی مدت

مدل آزمایشی جابجایی مددجویان از سیستم مراقبتهای حاد در سال ۲۰۰۱ در پاسخ به فشارهای موجود بر روی سیستم های مراقبتی حاد (بیمارستانی) و کمبود مراکز ارائه کننده مراقبتهای آسایشگاهی به افراد سالمند آغاز به کار کرد. هدف از اجرای این مدل آزمایشی تسهیل انجام ارزیابی و جایابی مددجویان سالمندی بوده است که در نوبت پذیرش مراکز مراقبتی حاد قرار داشته ولی در بررسیهای به عمل آمده دیگر نیازی به دریافت مراقبتهای حاد بیمارستانی ندارند.

در حال حاضر تعدادی از ارائه کنندگان این گونه خدمات آسایشگاهی در بخش غیر دولتی، تشکیل اتحادیه انتقال مددجویان از سیستمهای مراقبتی حاد را تشکیل داده اند. بیمارستانها می توانند مددجویان مناسب تشخیص داده در این زمینه را به این اتحادیه معرفی نمایند که سپس این مددجویان مورد ارزیابی قرار گرفته و بر اساس نتایج بررسیهای به عمل آمده به مراکز مراقبتی آسایشگاهی مناسب ارجاع داده میشوند.

# مسکن

دولت استرالیا تنوعی از مساعدتهای مختلف را در زمینه مسکن در اختیار افراد سالمند این کشور قرار می دهد. مراجع دولتی در سطوح منطقه ای، ملی و در سطح کشورهای مشترک المنافع مشترکاً در زمینه های تامین مسکن دولتی، پرداخت کمک هزینه های رهن و اجاره و پرداخت وامهای خرید مسکن سرمایه گذاری را انجام داده اند. بخش قابل ملاحظه ای از کمکهای دولتی در این زمینه از نوع غیر مستقیم و در قالب بخشودگی های مالیاتی و کاهش سود وامهای مسکن سالمندان از سوی دولت ارائه می شود. در سال ۱۹۹۹ ، ۷۰٪ افراد بالای ۶۵ سال در جنوب استرالیا صاحب خانه شخصی بوده و ۱۸٪ آنها نیز خانه های دارای مالکیت خصوصی یا دولتی را در اجاره خود داشته اند.

# خدمات مراقبتی انتفاعی و خصوصی

نمونه هایی از این گونه خدمات عبارتند از مراکز پرستاری ارائه دهنده مراقبت از زخم و مراقبتهای مربوط به بی اختیاری ادراری و مدفوعی و یا مراکز خصوصی که خدمات متنوعی را در زمینه مراقبتهای فردی ارائه مینمایند.



# مدیریت موردی

نمونه ای از یک مدل مدیریت موردی (۱) خدمات مراقبتی در محل زندگی می باشد که طی آن نیازهای مراقبتی هر فرد سالمند به صورت مجزا و منحصر بفرد بررسی و تعیین شده و اقدامات حمایتی و نوتوانی مطابق با آن نیازها ارائه می شود. به شکل سنتی بسیار از این خدمات در منزل سالمندان ارائه می شود ولی روند کنونی به سمت دایر نمودن مراکز ویژه آموزش و ترویج سبک سالم زندگی می باشد که در آن تعدادی از موسسات مراقبتی خدمات درمانی و پرستاری خود را به صورت مشترک ارائه می نمایند.

1-case management model

# خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در آمریکا

مراقبت دراز مدت در آمریکا: سیاستهای بیمه ای مراقبت درازمدت، هزینه های خانه سالمندان، خدمات اجتماعی مثل مراقبتهای روزانه بزرگسالان در خانه یا موسسات مخصوص یا مجموعه ای از این خدمات را پوشش می دهد و هر کس می تواند خدمات مورد نیاز خود را از مجموعه خدمات متنوع موجود انتخاب نماید.

# خدمات مبتنی بر خانه و جامعه

خدمات مبتنی بر جامعه مجموعه ای از خدمات فردی، حمایتی و سلامتی را به افراد در خانه هایشان و در سطح جامعه ارائه می دهد تا ضمن اقامت آنها در خانه شخصی خود به ارتقاء استقلالشان نیز کمک شود. بعضی از این خدمات عبارتند از:

۱- برنامه خدمات روزانه برای سالمندان : معمولاً این برنامه برای بزرگسالانی طراحی شده که اختلال شناختی دارند. این خدمات در ساعاتی که اعضاء خانواده یا مراقب دیگری در دسترس نیست ارائه می شود. این خدمات در ساعات کاری و روزهای هفته ارائه شده و ۲۴ ساعته نمی باشند.

**۲- مدیریت موردی :** در این گونه خدمات، متخصصین پرستار یا مددکار اجتماعی)، برای کمک در مراقبتهای دراز مدت و نظارت بر خدمات ارائه شده به فرد و خانواده اش، مساعدت می کنند.

**۳- سیستم پاسخ به فوریتها:** کسانی که تنها زندگی می کنند در صورت پیش آمدن شرایط ویژه و نیاز به فوریتهای پزشکی یا انواع دیگر آن، از این سیستم استفاده می کنند.

**۴- ملاقات دوستانه:** این سیستم معمولاً توسط افراد داوطلب برای مصاحبت با افرادی که تنها زندگی می کنند، انجام می شود.

**۵- مراقبت در منزل، مراقبت بهداشتی در منزل:** اینها دو برنامه جداگانه هستند که توسط یک یا دو مرکز متفاوت انجام می شوند. در مراقبت سلامتی، خدماتی چون پرستاری، فیزیوتراپی یا سایر خدمات بهداشتی توصیه شده توسط پزشک انجام می شود، ولی مراقبت در منزل خدماتی، چون حمام کردن، لباس پوشیدن و گاهی تهیه غذا و رسیدگی به امور خانه را نیز شامل می شود.

۶- برنامه های غذایی: این برنامه شامل حمل غذا به خانه یا تهیه غذا در خانه سالمند می شود.

۷- مراقبت فرجه ای: این برنامه برای خانواده ها فراغت موقت در مورد نگهداری سالمند عضو خانواده را فراهم می کند. امکان ارائه این خدمات در خانه شخصی، مراکز سالمندی روزانه و حتی خانه های سالمندی وجود دارد.

۸- مراکز سالمندان: این مراکز خدمات مختلفی از جمله تغذیه، خدمات اجتماعی و آموزشی را ارائه داده و افراد را به مراکزی که نیاز دارند ارجاع می دهد.

۹- خدمات حمل و نقل: که به فرد کمک می کند به مراکز پزشکی، مراکز خرید و سایر خدمات اجتماعی دسترسی پیدا کند.

مدی کر خدمات طویل المدت را تحت پوشش قرار نمی دهد و تنها خدمات و مراقبت پزشکی توسط پرستاران یا مراقبت بهداشتی را پوشش می دهد. مراقبت های شخصی که شامل مراقبت از افراد دچار اختلال در فعالیتهای روزانه زندگی، حمام کردن، تعویض لباس جزء خدمات مدی کر قرار نمی گیرد.

نوع دیگر تقسیم بندی و سطوح خدمات ارائه شده به سالمندان در آمریکا شامل موارد زیر می باشد:

**۱-خدمات مبتنی بر جامعه :** مراکز مراقبت روزانه بزرگسالان ، مراکز مراقبت سالمندی،

مدیریت مالی، نقل و انتقال، غذا روی چرخ خدمات تلفنی، مدیریت موردی

**۲-مراقبت بهداشتی در منزل:** مراقبت پرستاری حرفه ای، خدمات منزل و کمک

بهداشتی کمک در مراقبت فردی، مراقبت فرجه ای تجهیزات پزشکی، تعمیر منزل، مراقبت

انتهای عمر

**۳-آپارتمانهای خصوصی:** با آشپزخانه و سرویس بهداشتی مخصوص

۴-خانه های دسته جمعی: برای افرادی که نمی‌توانند به تنهایی زندگی کنند و از سوی دیگر نیاز به خانه سالمندان ندارند.

۵-زندگی حمایتی: زندگی و سکونت در آپارتمان شخصی در مجتمع های ویژه که این افراد برای غذا خوردن دور هم جمع می شوند.

۶-مراقبت مستمر در جامعه بازنشستگان: که به درجات نیاز، فرد خدمات دریافت می کند.

۷-سرای سالمندان: برای افرادی است که تنها در خانه یا در جامعه قادر به زندگی نیستند

# مراقبت پزشکی مدی کر

مدیکر یک برنامه بیمه سلامتی کشوری با سطوح مختلف می باشد که افراد ۶۵ سال و بالاتر، افراد زیر ۶۵ سال با معلولیتهای مشخص و افراد خاص در همه سنین که مثلاً پیوند کلیه کرده اند، نیازمند دیالیز هستند و بیماران کلیوی را تحت پوشش دارد. هزینه این برنامه توسط مالیات کارکنان، حق بیمه افراد تحت پوشش و بعضی پرداختهای عمومی تأمین می شود. افراد بدون توجه به سطح درآمدشان می توانند عضو مدی کر شوند. افراد تحت پوشش میتوانند در طول سالهای کارشان مالیات لازم را برای بهره مندی از برنامه یاد شده در سطح اول، بعد از رسیدن به ۶۵ سالگی، بپردازند.



بعد از ۶۵ سالگی هم افراد می توانند با پرداخت ۵۴ دلار در ماه از خدمات پزشکی و مراقبتهای پیشگیرانه سطح دوم مدی کر برخوردار شوند. سطح اول مدی کر شامل خدمات بیمارستانی و سطح دوم مربوط به خدمات پزشکی و خدمات پیشگیرانه می شود. برای برخورداری از خدماتی که مدی کر پوشش نمی دهد افراد باید تحت پوشش بیمه خصوصی تحت عنوان خلاءهای مدی کر درآیند.

در ۱۹۹۷ سطح سوم مدی کر با عنوان «مدی کر همراه با موارد انتخابی» تشکیل شد و به افراد تحت پوشش بیمه خصوصی، امکان استفاده از خدمات مربوط به حفظ و نگهداری سلامتی را فراهم می کند. در سطح دوم مدی کر هزینه خدمات پزشکان و بعضی هزینه های خارج از بیمارستان مثل هزینه کار درمانی، فیزیوتراپی و بعضی مراقبتهای در منزل پوشش داده می شود.

از اوایل ژانویه ۲۰۰۶ پوشش جدید دارویی مدی کر نیز به خدمات قبلی اضافه شد. این پوشش دارویی در واقع بیمه کردن هزینه های مربوط به دارو می باشد. افراد در صورت تمایل به گرفتن خدمات بیشتر باید به ازاء خدمات دریافتی هزینه لازمه را شخصاً پرداخت کنند. مالیات مربوط به مدیکر به همه درآمدهای حقوقی تعلق می گیرد و هیچ محدودیتی ندارد.

# خدمات کمک پزشکی (مدی کید)

برنامه مدیکید خدمات پزشکی را برای گروههای کم درآمد و کسانی که هیچگونه بیمه پزشکی دیگری ندارند، فراهم می کند. مدیکید برنامه بیمه سلامتی دولتی می باشد که تمام هزینه های خدمات پزشکی را در خانه یا هر محلی غیر از آن می پردازد. دولت مرکزی دستورالعملهای لازم برای برنامه را تهیه می کند، ولی دستورالعملهای محلی توسط ایالتها با توجه به شرایطشان تهیه می شود.

بر همین اساس در سطح کشور تفاوتهایی در سطوح ایالتها در مورد پذیرش، خدمات ارائه شده، تعداد پزشکان و بیمارستانهای تابعه دیده می شود. از مواردی که تقریباً در تمام ایالتها مشترک است، پوشش افراد سالمند ۶۵ ساله و بالاتر می باشد. مدی کید برنامه ایالتی و فدرال برای پرداخت خدمات بهداشتی و اقامت در سراهای سالمندی برای افراد سالمند را نیز در بر می گیرد. بعضی خدمات در منزل و جامعه نیز توسط مدی کیدپوشش داده می شود. سلامت برای همه افراد مهم است.

اگر کسی در آمریکا نتواند هزینه مدیکر را تأمین کند، مدیکید جایگزین آن خواهد شد. مدیکید فقط برای افراد و خانواده هایی می باشد که درآمد کم دارند و بر طبق قوانین ایالت یا کشور، فقیر تشخیص داده شود. مدیکید در واقع یک برنامه ایالتی است و هر ایالتی در این مورد قوانین مخصوص مجزا را دارد. بسیاری گروههای مردمی زیر پوشش مدی کید هستند. اما پوشش دارای شرایط خاصی است، که در ایالتهای مختلف متفاوت است. اما هزینه اصلی برنامه توسط دولت فدرال پرداخت می شود. به عبارتی بودجه مدی کید از طریق بودجه های فدرال و ایالتی حمایت می شود.

یکی از برنامه های دیگر خدمات بهداشتی در آمریکا برنامه های بهداشت جامعه می باشد. مراکز خدمات بهداشتی مبتنی بر جامعه، خصوصی هستند و خدمات بسیار کیفی و مقرون به صرفه در حوزه مراقبت بهداشتی اولیه و پیشگیرانه را برای افرادی که بیمه نیستند ارائه می کند. هزینه این برنامه ها توسط دولت، مدی کید و مدی گر، برنامه های ایالتی، بیمه های خصوصی، پرداخت مستقیم بیماران، کمکهای مالی تأمین می شود.

تأمین اجتماعی یک منبع درآمد مهم برای بازنشستگان و سالمندان در آمریکا و سایر کشورهای توسعه یافته به حساب می آید. بدون این منبع درآمدی گروه عظیمی از سالمندان دو سوم یعنی ۶۶/۸ درصد در کشورهای پیشرفته در فقر بسر خواهند برد. در ایران تامین اجتماعی وظایف بسیار محدودی مثلاً پرداخت حقوق بازنشستگان و مستمری بگیران را انجام می دهد که از نظر کمی و کیفی نیاز به تجدید نظر دارد. از برنامه های بسیار فراگیر در آمریکا مراقبت دراز مدت می باشد که سالمندان از آن در خانه یا سرای سالمندان بهره می گیرند.



این نوع خدمات در ایران ارائه نمی شود و از نظر کیفیت و کمیت خدمات نیاز به بررسی های دقیقتری دارد. در ایالات متحده تقریباً از هر ۱۰ نفر فرد میانسال، یک نفر درگیر مراقبت از پدر یا مادر معلول یا مبتلا به بیماری مزمن است این خانواده ها از نظر انواع کمک های حمایتی و پزشکی بهره مند می شوند، زیرا تحقیقات نمایانگر صرفه جویی اقتصادی و شرایط بهتر سالمند در خانواده می باشد.

با توجه به فرهنگ و باورهای ملی و دینی در ایران هنوز خانواده ها ترجیح می دهند که سالمندان خود را در خانه نگهداری کنند. با توجه به هزینه های بالای این نگهداری و نیازهای مخصوص بهداشتی، پزشکی سالمندان، این خانواده ها نیاز به انواع حمایت های مالی و تخصصی دارند که هنوز برنامه ای در این مورد وجود ندارد.

در امریکا تنوع خدمات بیمه ای همچون مدی کر و مدی کید پوشش مناسبی را برای ارائه خدمات به سالمندان فراهم می نماید. حال آنکه بیمه تکمیلی انفرادی در ایران وجود ندارد، و فرد نمی تواند با پرداخت ماهیانه از این نوع بیمه بهره مند شود. در آمریکا بیمه عمر برای همه سنین وجود دارد. در ایران بیمه عمر برای ۶۰ یا ۶۵ سال به بالا ممکن نبوده یا با سختگیری های فراوان، بسیار گران است.

در کشورهای صنعتی تفکیک سنی حداقل یک امتیاز خاص برای سالمندان داشته است چرا که به آنان کمک کرده است که از نظر سیاسی گروههای خود را سازماندهی نمایند و در گروههای دولتی یا حزبی نفوذ نمایند.

سالمندان خیلی از کشورهای صنعتی متوجه این واقعیت شده اند که جامعه آنها را شهروندانی درجه دو تلقی می کند و از این رو به تدریج گروه هایی را به وجود آورده اند و حتی در خیلی از موارد از جوانان نیز برای حمایت از خویش کمک گرفته اند: اغلب این گروهها و سازمانها دارای اهداف مشترک زیر می باشند:

۱- ایجاد گرایش فکری مثبت در جامعه نسبت به سالمندان و مبارزه با کلیشه های منفی در مورد آنان

۲- آشکار کردن تبعیض ها و سوء رفتارهایی که نسبت به سالمندان در جامعه وجود دارد

۳- ایجاد قوانین و خط مشی های کلی حکومتی که از حقوق سالمندان حمایت کنند.

۴- سازماندهی تشکیلات محلی که در موارد فوق، از نقاط مختلف یک کشور به فعالیت بپردازد و عملاً طرح ها را به مرحله اجرا در آورد.

با نظر اجمالی به آنچه تاکنون ارائه شد توصیه می شود در ایران برنامه های زیر باید در اولویت وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قرار گیرد؛

۱.انجام تحقیقات گسترده کشوری در مورد نیازهای سالمندان و خانواده های آنان.

۲.برنامه ریزی بر مبنای تحقیقات فوق الذکر برای ارائه خدمات حمایتی، بهداشتی و پزشکی به سالمندان، تا آنان ضمن حفظ استقلال امکان زندگی در جامعه برایشان فراهم شود.

۳.اطلاع رسانی و آموزش مردم برای حفظ سلامت افراد تا همه بتوانند سالمندی خوبی داشته باشند.

باید توجه داشت تشکیل سازمان های مردم نهاد ویژه سالمندان، می تواند علاوه بر آثار مثبت بر سلامت روانی و اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی آنان، بسیاری از مشکلات این قشر را مرتفع نماید. این سازمان ها می توانند با اهداف پژوهشی، تفریحی، آموزشی، حمایتی و مراقبتی از سایر گروه های سنی جامعه و متخصصان ذیربط کمک بگیرند

بدیهی است که حل مساله سالمندی از عهده تنها یک سازمان و نهاد بر نمی آید و ترکیب توانمندیها و دخالت تمامی بخشها اعم از دولتی و خصوصی را می طلبد. دولتها از طریق تلفیق امکانات موسسات دولتی با کمکهای سازمان های بین المللی، نهادهای غیر دولتی و بخش خصوصی و از همه مهمتر مشارکت خود سالمندان قادر به اجرای این تعهدات خواهند بود.

# خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در کانادا

همه شهروندان تحت پوشش خدمات درمانی قرار می گیرند، اما کانادا سیستم بهداشتی واحدی ندارد، بلکه در عوض هر استان مسئول رساندن خدمات درون مرزهای خویش است و این خدمات را بر اساس مجموعه گسترده ای از اصول انجام می دهد که "کانادا هلت اکت" یا همان "سازمان مرکزی بهداشت کانادا" در انطباق با توافق نامه های تامین بودجه بین استانداری ها برقرار کرده است.

خدمات ضروری پزشکی و بیمارستانی در سرتاسر استان ها تماماً پوشش داده می شوند، اگرچه در پوشش بیمه نسخه ها تفاوت هایی وجود دارد. تقریباً دو سوم کاندایی ها بیمه خصوصی نیز دارند، اما پوشش خصوصی برای خدمات تحت پوشش بیمه همگانی مجاز نیست. در عوض، بیمه خصوصی خدماتی همچون دندانپزشکی، داروهای تجویزی و نسخه ها و بهداشت خانوار را پوشش می دهند.



منبع تامین بودجه پوشش همگانی مالیات های عمومی هستند و اغلب آنها را دولت فدرال بین استانها توزیع می کند. بنابراین مسئولیت پذیری برای تامین بودجه و ارائه خدمات درمانی بین دو سطح از دولت تقسیم می شود. اغلب پزشکان فعالیتهای خصوصی انجام می دهند و بر مبنای مزد برای خدمت پول دریافت می کنند، اگرچه اغلب عرضه کنندگان خدمات درمانی فرم های جایگزینی از بودجه را دریافت می کنند و به سوی مدل های جمعی تر ارائه خدمات و مراقبت های پزشکی رهسپار شده اند.

اغلب بیمارستانهای کانادا غیر انتفاعی هستند و مراکز مذهبی، دانشگاهها، استانداریها، شهرداریها یا شرکت های وابسته به شهرداری مالک آنها هستند. پزشکان بیمارستان ها عموماً بر مبنای "هزینه خدمات" حقوق می گیرند. سیاست های اخیر بر کاهش زمان انتظار بیماران، نیرومندتر کردن مراقبت های بهداشتی اولیه و وسیع تر کردن پیاده سازی فناوری اطلاعات درمانی تمرکز کرده اند.

- ▣ **Emerging models of care**
- ▣ In addition to serving as educators for other physicians, Dr. Jayna Holroyd-Leduc advocates that geriatricians will also need to play an expanded role in the health care system.
- ▣ “We also have a role in aging research, informing policy and in making the system more elder friendly, “ she notes.
- ▣ In particular, Holroyd-Leduc argues that geriatricians must help develop and lead innovative models of care that maximize the utility of Canada’s small number of specialist physicians with expertise in caring for the elderly.

This sentiment has not been lost on provincial policy makers grappling with the demographic imperatives imposed by an aging population.

The Ontario Ministry of Health and Long-Term Care's 2011 report entitled *Caring for Our Aging Population and Addressing Alternate Level of Care (ALC)* stressed the need for primary care reform to make care for the elderly a priority.

In particular, the report called for the development of a Geriatric Assessment Clinic model that works with and supports family physicians, while taking into consideration existing primary care models.

This model of care is operating in the Champlain and North East Local Health Integration Networks, where nurses or other health care professionals are trained to perform comprehensive assessments on patients prior to being seen by a geriatrician. This process allows the assessor and the geriatrician to review many more patients in one session.

A similarly successful model is the Primary Care Memory Clinics that emerged out of the Waterloo Wellington Local Health Integration Network. These clinics are led by family physicians who have undergone an accredited standardized training program developed in collaboration with the Ontario College of Family Physicians allowing them to develop greater skills and confidence in managing routine cases of dementia and mild cognitive impairment. These clinics have maximized the efficiency of the limited available geriatricians, by involving them earlier with the more challenging cases. There are presently 31 such Primary Care Memory Clinics servicing approximately 450 primary care practices across 6 Local Health Integration Networks.

## **Is the current structure of Canadian healthcare equipped to manage the influx of seniors?**

It is a widely held belief that the healthcare system in Canada—driven by a common set of values, democratic principles and tax-based funding—provides Canadians with equal access to a range of healthcare services, free from direct, out-of-pocket costs.

In reality, though, healthcare in Canada is fragmented: access is inconsistent, services are limited, and out-of-pocket costs are endemic and varied. Canadians value their public healthcare, but they have good reason to wonder if it is keeping pace with their health needs. This is especially relevant for Canadian seniors and their caregivers. Provinces and territories have covered non-Medicare services demonstrated to be effective in the management, treatment and prevention of illness in the elderly in at least some jurisdictions



# خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در ایتالیا

سیستم بهداشتی ایتالیا همگانی است و بودجه آن از محل مالیات ها تامین می شود. مدل اصلی این سیستم NHS انگلیس است. در حالی که حکومت مرکزی بسته های خدمات حداقلی شامل خدمات بیمارستانی و پزشکی و نیز برخی داروهای تجویزی را تعیین می کند و توزیع درآمدهای مالیاتی را بر عهده دارد، اما مسئولیت سازماندهی و ارائه خدمات بهداشتی بر عهده فرمانداری های مناطق بیست گانه ایتالیا است.



فرمانداری منطقه ای برای ایفای این نقش استقلال نسبی دارند و می توانند درجات مختلفی از مسئولیت را به دوش مراجع درمانی محلی بیندازند. اغلب پزشکان عمومی به طور فردی فعالیت می کنند در حالی که حکومت مرکزی و فرمانداری های مناطق برای تشویق فعالیت های گروهی و جمعی تشویق هایی تهیه دیده اند.

دستمزد پزشکان عمومی بر اساس هزینه خدمات پرداخت می شود و گاه به کیفیت کار آنها نیز باز می گردد و تنظیم این دستمزدها تحت قراردادهای ملی و توافقنامه های منطقه ای صورت می گیرد. متخصصان سیار نیز عموماً بر مبنای هزینه خدمات ارائه شده حقوق می گیرند و پزشکان بیمارستان ها کارمندانی با حقوق ماهانه هستند. نابرابری خدمات بین منطقه ها یکی از دغدغه های عظیم سیاست گذاران بوده است. زیرا مناطق جنوبی ایتالیا نسبت به مناطق شمالی از تخت های بیمارستانی عمومی و تجهیزات پیشرفته پزشکی کمتری برخوردارند.

Notably, the greater majority of elderly patients considered the healthcare they receive to be satisfactory (>60%): in particular, the GP was the true point of reference for this slice of the population for strictly medical problems as well as for advice. In the country, the patients attributed little value to social services, which were poorly known and scarcely used (8.5%).

Public hospital facilities played a central role in second level healthcare in more than 30% of cases; private facilities covered by public health insurance were also very important. as possible solutions to the problem of loneliness, 36.6% of the patients declared that they approved of nursing homes.

# زیرساختهای خدمات اجتماعی و مراقبتهای بهداشتی مبتنی بر جامعه سالمندان در هنگ کنگ

سیستم مراقبتهای بهداشتی: سیستم خدمات بهداشتی هنگ کنگ شامل دو بخش خصوصی و دولتی می باشد. این سیستم جامع بوده و مراقبتهای لازم در سطح اول، دوم و سوم را در قالب اجزاء حاد و طولانی مدت ارائه مینماید. مراقبتهای پزشکی اولیه عمدتاً از سوی بخش خصوصی تامین می شود به گونه ای که مشارکت درمانگاه های تحت پوشش وزارت بهداشت تنها ۱۱٪ خدمات مراقبتی اولیه را ارائه می نمایند.

در مقابل، مراقبتهای بیمارستانی عمدتاً بر عهده بخش دولتی بوده و اداره امور بیمارستانها که به عنوان واحدی مستقل اداره بیمارستانهای دولتی را عهده دار می باشد ۹۲٪ مراقبتهای بیمارستانی را تامین می نماید. مراقبتهای طولانی مدت و مسائل توانبخشی نیز عمدتاً توسط این ارگان فراهم میشود. در حال حاضر ۳۴٪ مراجعات به درمانگاههای دولتی مربوط به سالمندان می باشد. با احتساب تمام تختهای بیمارستانی در بخش های خصوصی و دولتی ۴۴٪ اشغال تختهای بیمارستانی و ۳۰٪ مراجعات سرپائی مربوط به بیماران سالمند بوده است. در پایان سال ۲۰۰۰ تعداد کادر پزشکی دارای مجوز فعالیت حرفه ای به ازاء هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت عبارتست از: ۱.۵ پزشک، ۳ دندانپزشک، ۶ پرستار، ۲ داروساز.

# سیستم رفاه اجتماعی

اداره رفاه اجتماعی علاوه بر برنامه ریزی و اجرای طرح جامع کمکهای اجتماعی به افراد نیازمند خدمات رفاهی و اجتماعی متنوعی را برای گروههای آسیب پذیر به مورد اجرا گذاشته است و سازمانهای غیر دولتی را به منظور راه اندازی برنامه های گوناگونی در جهت پاسخگویی به نیازهای گروههای هدف مختلف جامعه مورد حمایت قرار می دهد.

برای سالمندان برنامه های حمایتی اجتماعی متنوعی از قبیل مراکز مراقبت روزانه، مراکز اجتماعی (۱)، مراکز ارائه کننده همزمان چند نوع خدمات (۲)، مراکز حمایت کننده از مراقبین خانوادگی (۳) و خدمات کمک در منزل (۴) پیش بینی و تدارک شده است تا سالمندان بتوانند بیشترین زمان ممکن در سطح جامعه به زندگی خود ادامه دهند. تسهیلات اقامتی مختلفی نیز مانند مراکز شبانه روزی (۵)، خانه سالمندان، خانه های مراقبت و مواظبت (۶) و خانه های پرستاری به منظور پاسخگویی به نیازهای مختلف سالمندانی که به علت مشکلات سلامتی، اجتماعی و یا هر دلیل دیگری قادر به ادامه زندگی با خانواده و یا زندگی به تنهایی و به شکل مستقل نمی باشند تدارک دیده شده است.

1-social center

2-multi service center

3-careres support center

4-home help services

5-hostels

6-care and attention homes



تیم های حمایت سالمندان با هدف فراهم سازی شبکه های حمایتی اجتماعی و خدمات امداد رسانی سیار(۱) برای سالمندان آسیب پذیر و افزایش مشارکت سالمندان داوطلب راه اندازی شده است.

در هنگ کنگ نیاز به مراکز اقامتی ویژه سالمندان شدیداً مطرح می باشد. در حال حاضر ۶۵۰ مرکز اقامتی ویژه سالمندان با ظرفیت ۵۸۰۰۰ تخت موجود می باشد که ۶۶٪ این تعداد مربوط به مراکز خصوصی می باشد که استانداردهای مراقبتی در آنها بسیار متفاوت می باشد. زمان انتظار پذیرش در مراکز اقامتی یارانه ای بسیار طولانی می باشد

برای رفع این مشکل دولت طی طرحی اقدام به خرید مالکیت تعدادی از تخته‌های مراکز خصوصی که از سطح مراقبتی بالایی برخوردار بوده اند نموده است که این مسئله، مسئولان این گونه مراکز را تشویق نموده تا نسبت به ارتقاء استانداردهای خدماتی خود و ارائه مراقبت‌های با کیفیت بالا به سالمندان تلاش نمایند.

در راستای سیاست "سالمندی در محل" (۱) از سوی بخش دولتی مراقبت‌های درمانگاهی و مراقبت‌های مخصوص دمانس برای سالمندان ساکن مراکز خصوصی شبانه روزی تدارک گردیده است.

# سیاستهای مربوط به رسیدگی و مراقبت از سالمندان

مساعده‌های مالی و حمايت از فرد سالمند در طول دوره بازنشستگی، تامین مسکن مناسب، مراقبتهای آسایشگاهی، حمايتهای اجتماعی، خدمات بهداشتی پیشگیری و سالمندی فعال.

# کمیسیون امور سالمندان

این کمیسیون در سال ۱۹۹۷ تشکیل گردید تا نقش مشاوره ای خود را برای دولت در امر سیاست گذاری و هماهنگ سازی خدمات مورد نیاز سالمندان ایفا نماید. اعضای این کمیسیون عبارتند از: مسئولین واحدهای مربوطه دولتی، اعضای هیئت علمی دانشگاهها، مددکاران اجتماعی، متخصصان امور پزشکی و پرستاری و نمایندگان مردم.

این کمیسیون نظرات کارشناسی خود را در خصوص امور مختلف مربوط به سالمندان مانند مسائل بهداشتی و درمانی، امور اجتماعی، بهداشت روانی، اشتغال، امور تفریحی، مسکن، امنیت اقتصادی و امور مراقبتی مطرح نموده و اولویتهای مورد نظر خود را در اجرای برنامه ها و خدمات با در نظر گرفتن محدودیتهای موجود در زمینه های نیروی انسانی و منابع مالی عنوان می نماید.

از جمله مهمترین سیاستهای در حال پیگیری در امور سالمندان طی سالهای اخیر می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

ترمیم حمایتهای مالی دوران بازنشستگی: از سال ۲۰۰۰ میلادی به میزان کمک های دولتی به سالمندان افزوده شده است.

افزایش تخصیص مسکن به سالمندان: طرح مسکن سالمندان که عمدتاً با هدف تحت پوشش قرار دادن افراد سالمند طبقه متوسط جامعه بر پایه اصل اجاره به شرط تملیک در حال اجرا می باشد.

افزایش مراکز ارائه کننده مراقبتهای آسایشگاهی یارانه ای ،ارتقاء سطح کیفی خدمات در این گونه مراکز و اجرای دوره های آموزشی ویژه کارکنان مراقبتی این گونه مراکز.

ملزم نمودن مراکز ارائه کننده مراقبتهای آسایشگاهی سالمندان به اخذ مجوز فعالیت:از سال ۲۰۰۱ این گونه مراکز بایستی واجد حداقل استانداردهای تعیین شده تشخیص داده شوند تا مجوز فعالیت آنها در این زمینه تمدید گردد.

افزایش حمایتهای اجتماعی:طیف گسترده ای از حمایتهای اجتماعی برنامه ریزی و اجرا گردیده است از جمله مراقبتهای فرجه ای،بازبینی و ارتقاء خدمات کمکی در منزل به خدمات مراقبتی در منزل،بازبینی و اصلاح فعالیت مراکز اجتماعی سالمندان و مراکز چند منظوره و اخیراً نیز بسته خدماتی جدیدی مشتمل بر خدمات مراقبتی مبتن بر جامعه و در منزل با هدف حمایت از سالمندان دارای وضعیت سلامتی ناپایدار به منظور ادامه زندگی در سطح جامعه طراحی و ارائه شده است که در حال حاضر به شکل آزمایشی ۱۴۵۰ نفر سالمند دارای وضعیت سلامتی ناپایدار تحت پوشش این طرح قرار دارند.



اتخاذ رویکردی ساختارمند در بررسی و ارزیابی نیازهای مراقبتی سالمندان و ارائه خدمات مربوط بر مبنای این ارزیابی:از نوامبر سال ۲۰۰۰ میلادی مکانیسم ارزیابی نیازهای مراقبتی استاندارد شده به شکل مرحله ای به مورد اجرا گذاشته شده است. طی این مکانیسم، یک ابزار استاندارد شده بین المللی توسط افراد ارزیابی کننده آموزش دیده و واجد صلاحیت با هدف تعیین نیازهای مراقبتی سالمندان و هماهنگ سازی خدمات متناسب با آنها مورد استفاده قرار گرفته است.

ارتقاء کمی و کیفی خدمات مراقبتی بهداشتی: به منظور تامین ارتقاء سطح سلامتی و پیشگیری از بروز مشکلات بهداشتی و بیماریها ۱۸ تیم سیار بهداشتی و ۱۸ مرکز سلامت سالمندان در سطح جامعه راه اندازی شده است. بر تعداد تختهای بیمارستانی ویژه سالمندان، مراکز درمانی روزانه سالمندان، پرستاران بهداشت جامعه، تیمهای ارزیاب سلامت سالمندان ساکن در سطح جامعه، تیمهای تخصصی روانپزشکی سالمندان فعال در سطح جامعه افزوده شده است. یک گروه کاری برای بررسی موضوعات افسردگی/خودکشی و دمانس در سالمندان تشکیل شده است و پروژه های آزمایشی در زمینه راه اندازی مراکز روزانه مراقبت از افراد مبتلا به دمانس در حال اجرا می باشد.

## تشویق و حمایت از سالمندی فعال:

تیمهای حمایتی برای افزایش مشارکت و فعالیتهای داوطلبانه سالمندان و ارائه کمکهای مورد نیاز به سالمندان آسیب پذیر تشکیل شده است.

## خدمات مراقبتی طولانی مدت و مزمن:

به منظور کاهش هزینه های مربوط به اشغال تختهای بیمارستانی ویژه مراقبت های حاد توسط بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن و دچار ناتوانی های فعالیتی که قادر به اجرای امور خودمراقبتی خود نمی باشند تخت های ویژه ارائه مراقبتهای طولانی مدت و توانبخشی این نوع بیماران در محیطهای بیمارستانی تدارک دیده شده است.

# خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه

خدمات پرستاری بهداشت جامعه (۱)، خدمات روانپرستاری اجتماعی (۲)، بررسی و ارزیابی وضعیت سلامتی سالمندان در سطح جامعه (۳) و خدمات روانپزشکی سالمندی مبتنی بر جامعه (۴): این خدمات مراقبتی ماهیت حمایتی و مبتنی بر جامعه داشته و توسط گروههای پرستاری و پزشکی تحت نظارت اداره امور بیمارستانها اداره می شود.

1-community nursing service

2-community psychiatric nursing service

3-community geriatric assesment

4-community pyschogeriatric service

# خدمات پرستاری بهداشت جامعه

ابتدا در سال ۱۹۶۷ به شکل غیر دولتی و در سطح منطقه ای کار خود را شروع کرد و از سال ۱۹۷۷ این خدمات به شکل دولتی و در سطح ملی ارائه می شود. این خدمات در منزل بیماران و توسط پرستاران متخصص و با هدف تامین مراقبت و درمان به شکل مستمر ارائه می شود و به علاوه بیماران و خانواده های آنها آموزشهای لازم در مورد اصول پیشگیری از بیماریها و ارتقاء سطح سلامتی را نیز دریافت می نمایند.

# خدمات روانپرستاری اجتماعی

از سال ۱۹۸۲ فعالیت خود را آغاز نموده است. در این نوع از خدمات مراقبتهای روانپرستاری جامع به وسیله پرستاران متخصص به مددجویان در سطح جامعه ارائه می شود. این خدمات شامل نظارت و پایش منظم و مداوم پذیرش و رعایت رژیم درمانی از سوی مددجو و ارائه خدمات مشاوره ای به منظور پیشگیری از عود مجدد و یا تشدید علائم بیماری، مداخله و در وضعیتهای بحرانی و در موارد بروز فوریتهای روانی و ترویج آموزش اصول بهداشت روانی به منظور افزایش آگاهیهای عمومی و پیشگیری سطح اول می باشد. در حال حاضر ۹۰ روانپرستار در قالب ۱۲ موسسه در این زمینه فعالیت می نمایند.

# تیم ارزیاب مسائل و مشکلات سلامتی سالمندان در سطح جامعه

متشکل از گروههای مختلف تخصصی بوده که سالمندان دارای نیازهای مراقبتی را در سطح جامعه مورد ارزیابی همه جانبه قرار داده و بر این اساس توصیه های لازم را در زمینه چگونگی برنامه ریزی مراقبتی و ارجاع مددجویان واجد شرایط به مراکز نگهداری ارائه می نمایند.

# تیم روانپزشکی سالمندی مبتنی بر جامعه

بخشی از ساختار مراقبتی مبتنی بر جامعه محسوب می شود که برنامه های توانبخشی را طراحی و این برنامه ها را در مورد سالمندان مبتلا به اختلالات روانی به مورد اجرا می گذارد.

خدمات سلامتی محور ویژه سالمندان: تا قبل از راه اندازی خدمات مراقبتی سلامتی محور سالمندان در سال ۱۹۸۸ خدمات بهداشتی پیشگیری و ارتقاء سلامتی در خصوص سالمندان به شکل منقطع و غیر منسجم ارائه می شد. از آن تاریخ تا کنون تعداد ۱۸ مرکز سلامت سالمندان و ۱۸ تیم ارزیابی کننده وضع سلامتی در ۱۸ منطقه شهرداری تشکیل گردیده است.



مراکز سلامت سالمندان، هدف پاسخگویی به نیازهای مختلف سالمندان و ارائه خدمات مراقبت بهداشتی اولیه جامع و کیفی را تعقیب می نماید.

تیم های ارزیابی کننده وضعیت سلامتی به محل زندگی سالمندان در سطح جامعه و موسسات آسایشگاهی سرکشی می نمایند و برنامه های ارتقاء سلامتی خود را با هدف افزایش آگاهی سالمندان و تقویت توانایی های خود مراقبتی آنان به وسیله جذب مشارکت مراکز دولتی و خصوصی اجرا می نمایند. این تیمها مسئولیت بازآموزی مراقبین را نیز عهده دار می باشد و در جهت افزایش دانش و مهارتهای بهداشتی مراقبین تلاش می نمایند.

# وضعیت ارائه خدمات مراقبتی تخصصی به سالمندان در شهر بانکوک در تایلند

در سال ۱۹۶۳، اولین کلینیک تخصصی طب سالمندی در بیمارستان مغز و اعصاب بانکوک راه اندازی شد و آموزش کادر بهداشتی با هدف این که این افراد قادر باشند خدمات مراقبت تخصصی را در کلینیکهای سالمندی ارائه نمایند آغاز گردید.

در سال ۱۹۷۹، وزارت بهداشت و سلامت اجتماعی کمیته ای مشورتی را تشکیل داد تا این کمیته برنامه های مراقبتهای بهداشتی ویژه سالمندان را طراحی نماید. یک گروه کاری مسئول جمع آوری اطلاعات پایه و تجزیه و تحلیل این اطلاعات گردید تا مسائل و مشکلات مربوطه شناسایی و راه حلهای پیشنهادی ارائه گردد. به منظور توسعه برنامه های بهداشتی ویژه سالمندان، دولت توسط وزارت بهداشت و سلامت اجتماعی در ۷ بیمارستان بانکوک و ۱۷ بیمارستان در مناطق مجاور این شهر خدمات مراقبتی ویژه سالمندان را ارائه نموده است و طبق برنامه پیش بینی شده به مرور در تمامی شهرها کلینیکهای تخصصی سالمندان راه اندازی خواهد شد. در حال حاضر در کلان شهر بانکوک در ۶۱ مرکز بهداشتی و ۸ بیمارستان دولتی مراقبتهای بهداشتی ویژه سالمندان ارائه می شود.

# خدمات اجتماعی

اداره رفاه عمومی وزارت کار و تامین اجتماعی سازمان اصلی مسئول ارائه خدمات اجتماعی به سالمندان می باشد که خدمات خود را در دو قالب مراقبتهای موسسه ای و در سطح جامعه ارائه می نماید. با این حال به علت محدودیتهای موجود در زمینه منابع مالی و نیروی انسانی، ارائه این گونه خدمات اجتماعی ناکافی ارزیابی می شود. در حال حاضر ۱۶ خانه سالمند زیر نظر اداره رفاه عمومی وزارت کار و تامین اجتماعی فعالیت می نمایند که دو مورد آنها در شهر بانکوک قرار دارند. این مراکز مراقبتهای آسایشگاهی را به سالمندان فقیر و بی سرپرست ارائه می نمایند.

توانایی انجام مراقبتهای شخصی شرط پذیرش سالمندان در این مراکز می باشد. بدین ترتیب اکثر سالمندان به شدت بد حال و ناتوان در خانه و از سوی اعضای خانواده خود مراقبت می شوند. تعدادی نیز از خدمات خصوصی پرستاری در منزل استفاده میکنند. همچنین ۱۳ خانه سالمندان خصوصی نیز در تایلند وجود دارد که اکثریت آنها در بانکوک فعالیت می کنند.

اداره رفاه عمومی وزارت کار و تامین اجتماعی در پاسخ به نیاز روز افزون عنوان گردیده، ۱۳ مرکز تخصصی سالمندان را راه اندازی نموده است که این مراکز ارائه کننده خدمات مراقبتی روزانه، خدمات اسکان دهی فوری (۱) و خدمات مراقبتی سیار به سالمندان در مناطق زندگی آنها می باشند.

در سال ۱۹۹۴ تعداد ۳۴۸۷ باشگاه سالمندان در تایلند فعالیت داشته اند. ۴۷٪ آنها در مناطق مختلف شهری و تعداد زیادی نیز در محوطه بیمارستانها واقع شده اند. شورای شهروندان سالمند تایلند که در سال ۱۹۹۸ تشکیل گردیده بر تمامی فعالیت کلوبهای سالمندان نظارت می نماید. در تمامی این کلوبها برنامه های ارتقاء سطح سلامت اجرا می گردد.

در سال ۱۹۹۱، دولت تایلند برنامه مراقبتهای بهداشتی رایگان ویژه سالمندان خود را اعلام نمود. بدین ترتیب از این تاریخ تمامی بیمارستانها و مراکز بهداشتی دولتی خدمات خود را به سالمندان رایگان ارائه می دهند. تمام بیمارستانهای دولتی دارای بیش از ۶۰ تخت کلینیک های تخصصی سالمندان را راه اندازی نموده اند. با این وجود همچنان خدمات مراقبتی پس از ترخیص و توان بخشی مبتنی بر جامعه ناکافی به نظر می رسد.



به گونه ای که تنها بیمارستانهای دولتی واقع در مراکز استان و بیمارستان های توانبخشی دارای خدمات نوتوانی می باشند.با توجه به ناکافی بودن منابع مالی قابل تخصیص و کمبود نیروی انسانی آموزش دیده به نظر می رسد که بهتر خواهد بود خدمات مراقبتی سالمندان خصوصاً مراقبتهای بهداشتی سطح اول در سیستم فعلی مراقبتهای بهداشتی کشور ادغام گردد.

# سیاستهای موجود در زمینه مراقبتهای بهداشتی جامعه نگر

کیفیت خدمات مراقبتی بهداشتی از ابعاد ذیل مورد بررسی قرار می گیرد:

ارائه مراقبتها به صورت همه جانبه و کل نگر، مراقبتهای بهداشتی تمام اعضای خانواده، تمامی موقعیتهای اجتماعی، تمامی محیطها و تمامی ابعاد جسمی، روانی و عاطفی را پوشش می دهد.

ارائه مراقبتها به صورت مداوم و مستمر، ارائه مراقبتهای بهداشتی در تمامی طول مدت عمر و در صورت نیاز مراقبت های بهداشتی در منزل نیز قابل ارائه خواهد بود.

مراقبتهای کامل و یکپارچه، شامل مراقبتهای درمانی، ارتقاء سطح سلامت، پیشگیری و کنترل بیماریها و خدمات توانبخشی.

در شهر بانکوک به علت کمبود نیروی انسانی متخصص، پرستاران بهداشت جامعه و بهداشت خانواده در تمامی حیطه های مراقبتی فوق الذکر مشارکت می نمایند.

# خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در دانمارک

دانمارک خدمات درمانی را برای همه ساکنان خویش فراهم می آورد و بودجه آن را از رهگذر مالیات ها به دست می آورد. بیمارستانها و مراقبت های اولیه رایگان هستند و بخشی از هزینه های دندانپزشکی، داروهای بیماران سرپایی و خدمات چشم پزشکی نیز پرداخت می شود. تقریباً دو پنجم شهروندان از بیمه های خصوصی مکمل استفاده می کنند تا به این طریق برای خدماتی که بیمه دولتی به طور کامل پوشش نمی دهد (مثلاً فیزیوتراپی) تحت بیمه قرار بگیرند.

یک پنجم دانمارکی ها نیز بیمه ای تکمیلی دارند که دسترسی به عرضه کنندگان خصوصی مراقبت های بهداشتی را ممکن می سازد. پنج منطقه عمده دانمارک مسئول خدمات پزشکی، از جمله مراقبت های بیمارستانی و اولیه هستند و مسئولیت ارائه مراقبت های دراز مدت مشترکان بین این مناطق و ۹۸ شهرداری تقسیم می شود. شهرداری ها همچنین در طراحی خدمات بهداشتی همگانی نقش مهمی ایفا می کنند. تقریباً همه بیمارستانها دولتی هستند و پزشکان بیمارستانها به طور ماهانه حقوق دریافت می کنند.

متخصصان خارج از بیمارستان نیز بر اساس "هزینه خدمات" پول دریافت می کنند. اصلاحات اخیر در سیستم بیمه بهداشتی می خواهند کیفیت اجرای بخش بیمارستانی را با مرکزیت دادن به مدیریت آنها و سرمایه گذاری روی زیرساخت ها بهبود بخشند. دیگر سیاست گذاری ها بر بهبود و ارتقای مراقبت های درمانی از بیماری های مهلک و کاهش زمان انتظار تمرکز کرده اند.

# خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در انگلیس

در انگلیس مراقبت های بهداشتی برای همه ساکنان و از خلال سازمان خدمات بهداشت ملی (NHS) عرضه می شود. این مراقبت ها شامل خدمات بیمارستانی و پزشکی و نیز داروهای تجویزی و نسخه ها می شوند. تامین بودجه NHS اغلب از محل مالیات های عمومی تامین می شود و هزینه گذاشته شده بر دوش بیمار بسیار اندک است و اغلب برای نسخه بیماران سرپایی، دندانپزشکی و چشم پزشکی است.

حدود یک دهم بریتانیایی ها بیمه های تکمیلی دارند تا هزینه های تخصصی را پوشش دهند و دسترسی آنها به جراحی های بیمارستانی را افزایش بخشد. هشتاد درصد بودجه NHS را ۱۵۲ تراست خدمات اولیه (PCT) کنترل می کنند. تراست هایی که برای ارائه خدمات به جمعیت معینی به لحاظ جغرافیایی، قرارداد با پزشکان و بیمارستان ها را تنظیم می کنند.

تراست های مزبور در قبال وزارت بهداشت پاسخگو هستند و بیمارستان ها را با درجات مختلفی از استقلال سازماندهی می کنند. متخصصان به طور کلی کارمندان بیمارستان هستند و دستمزدهای ماهانه دریافت می کنند، اگرچه بسیاری از آنها با درمان بیماران خصوصی درآمد خویش را بهبود می بخشند. NHS از سال ۲۰۰۳ به بعد، فروش سهم اندکی از خدمات مربوط به جراحی ها و تشخیص بیماریهای خاص به بخش خصوصی را آغاز کرده است.



عرضه کنندگان مراقبت های اولیه خصوصی هستند و تحت قراردادهای ملی سالانه کار می کنند و تراست های یاد شده دستمزدهای ایشان را به صورت دستمزدهای ماهانه، سرانه یا هزینه خدمات پرداخت می کنند. از سال ۲۰۰۳ به بعد، چارچوب پرداختی جدیدی به تدریج در حال جایگزین شدن است و با عرضه کنندگان خدمات مربوط به بیماری های حاد، بهداشت روانی، خدمات سیار و خدمات اجتماعی قرارداد می بندند. از سال ۲۰۰۹ به بعد نیز بخشی از درآمد این عرضه کنندگان منوط به کیفیت و نوآوری آنها شده است.

# شبکه بهداشتی و درمانی کشور ایران

نظام بهداشتی درمانی، در قالب یک شبکه منسجم فعالیت می کند که سه سطح به شرح زیر، شبکه مذکور را تشکیل می دهند:

سطح اول: شامل واحدهایی است که اولین و وسیع ترین تماس جامعه با نظام ارائه خدمات بهداشتی در آن به وقوع می پیوندد. واحدهای مورد نظر عبارتند از: خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و شهری. افرادی که در خانه های بهداشت مشغول فعالیت هستند، عمدتاً شامل بهورز زن و مرد و در مراکز بهداشتی درمانی، پزشک عمومی، کاردان ها و تکنسین های بهداشتی می باشند.

سطح دوم: این سطح شامل واحدهایی است که قادرند خدمات بهداشتی و درمانی را در سطح تخصصی تری ارائه دهند که این واحدها شامل مراکز بهداشت و بیمارستان شهرستان می باشند. در مراکز بهداشت پزشکان عمومی با آموزش و تجارب بهداشتی و با مجموعه ای از کارشناسان خدمات بهداشتی، امکانات تشخیصی مثل آزمایشگاه و رادیولوژی، دندانپزشکی و مامایی خدمت می کنند. بیمارستان مرکز ارجاع بیماران، برای دریافت خدمات بستری و سرپایی تخصصی است. در کشور ایران، مجموعه واحدهای سطح اول و دوم را در محدوده جغرافیایی شهرستان، شبکه بهداشتی درمانی آن استان می نامند.

سطح سوم: این سطح خدمات تخصصی تر و فوق تخصصی آموزشی را در بر می گیرد و مکمل سطح دوم است. بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی در مرکز بهداشت استان، در این سطح قرار دارند. در این سطح غالباً خدمات آموزش پزشکی و پیراپزشکی نیز ارائه می شود. حرکت بیماران بین سطوح مذکور، در قالب سیستم ارجاع صورت میگیرد.

# سازمان های ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی

در کشور ایران بخش دولتی و خصوصی در کنار هم ارائه خدمات مختلف بهداشتی و درمانی را به عهده دارند. ولی عمدتاً بخش دولتی به ویژه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، در این زمینه از سهم بیشتری برخوردار است. در زیر سازمانهای مرتبط ذکر گردیده است.

## ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

بیش از ۷۰.۹٪ از موسسات درمانی کشور وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی است که مستقیماً زیر نظر وزارت بهداشت و درمان فعالیت می کنند. تا پیش از ۱۳۷۳ ادارات منطقه ای مسئولیت برخی از واحدهای درمانی را به عهده داشته اند که پس از آن تمام واحدها به دانشگاه های مربوطه واگذار شده است. تمامی مراکز بهداشتی و درمانی نیز شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مراکز بهداشت کاملاً در اختیار وزارتخانه مذکور می باشد.

## ۲-بخش خصوصی:

۱۸.۸٪ از کل موسسات درمانی در اختیار بخش خصوصی است. همچنین بخش خصوصی عهده دار ۲۳٪ آزمایشگاه ها و ۳۷.۴٪ از مراکز رادیولوژی کشور نیز می باشد.

### ۳- سازمان تامین اجتماعی:

سازمان تامین اجتماعی در بخش درمان ۲.۷۵٪ از مراکز درمانی را در اختیار دارد و سهم این سازمان از مراکز تشخیصی آزمایشگاه ۳.۲٪ و رادیولوژی ۴.۱٪ می باشد. سازمان تامین اجتماعی علاوه بر ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، یکی از سازمانهای بیمه ای در زمینه بهداشت و درمان نیز به شمار می رود.



در ایران تامین اجتماعی وظایف بسیار محدودی (مثلا پرداخت حقوق بازنشستگان و مستمری بگیران) را انجام می دهد که از نظر کمی و کیفی نیاز به تجدید نظر دارد. با توجه به فرهنگ و باورهای ملی و دینی در ایران هنوز خانواده ها ترجیح می دهند که سالمندان خود را در خانه نگهداری کنند. با توجه به هزینه های بالای این نگهداری و نیازهای مخصوص بهداشتی، پزشکی سالمندان، این خانواده ها نیاز به انواع حمایت های مالی و تخصصی دارند که هنوز برنامه ای در این مورد وجود ندارد.

در ایران باید برنامه های زیر در اولویت وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قرار گیرد:

- انجام تحقیقات گسترده کشوری در مورد نیازهای سالمندان و خانواده های آنان
- برنامه ریزی بر مبنای تحقیقات فوق الذکر برای ارائه خدمات حمایتی، بهداشتی و پزشکی به سالمندان، تا آنان ضمن حفظ استقلال امکان زندگی در جامعه برایشان فراهم شود.

□ اطلاع رسانی و آموزش مردم برای حفظ سلامت افراد تا همه بتوانند سالمندی خوبی داشته باشند.

باید توجه داشت تشکیل سازمانهای مردم نهاد ویژه سالمندان، می تواند علاوه بر آثار مثبت بر سلامت روانی و اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی آنان، بسیاری از مشکلات این قشر را مرتفع نماید. این سازمان ها می توانند با اهداف پژوهشی، تفریحی، آموزشی، حمایتی و مراقبتی از سایر گروههای سنی جامعه و متخصصان ذیربط کمک بگیرند.

بدیهی است که حل مسئله سالمندی از عهده تنها یک سازمان و نهاد بر نمی آید و ترکیب توانمندیها و دخالت تمامی بخشها اعم از دولتی و خصوصی را می طلبد. دولتها از طریق تلفیق امکانات موسسات دولتی با کمکهای سازمان های بین المللی، نهادهای غیر دولتی و بخش خصوصی و از همه مهمتر مشارکت خود سالمندان قادر به اجرای این تعهدات خواهند بود.

# وضعیت ایران در ارتباط با ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان

در حال حاضر وضعیت ایران از نظر ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به قشر سالمند جامعه از قرار زیر می باشد:

۱-تشکیل واحد سالمندان توسط دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

۲-بررسی کشوری وضعیت سلامت سالمندان در دی ماه ۱۳۷۷

۳-اقداماتی در زمینه ایجاد آگاهی عمومی در رابطه با نیازهای سالمندان انجام گردیده است

۴-سمینارهایی در مورد مراقبتهای سالمندان و مسائل آنان برگزار گردیده است

۵-تشکیل کمیته کشوری سلامت سالمندان و تدوین آئین نامه اجرایی پیشنهادی  
ماده ۱۹۲

۶-عملیات ادغام مراقبتهای بهداشتی سالمندان در مراقبتهای اولیه بهداشتی در حال  
انجام می باشند

۷-کارکنان بهداشتی رده اول و میانی در حال گذراندن دوره های آموزشی در زمینه  
مراقبتهای بهداشتی سالمندان می باشند

۸-در کلیه بیمارستانها حتی در بیمارستانهای آموزشی بیماران سالمند همانند سایر  
بیماران تحت درمان هستند به این معنی که دیگر هیچ امکانات خاصی در مقابله با  
نیازهای خاص درمانی سالمندان وجود ندارد فقط در تعداد کمی از بیمارستانها فقط  
واحدهای طب سالمندی برای خدمات سرپایی وجود دارد

- ۹- در بخش آموزش پزشکی دوره طب سالمندی وجود ندارد و در دوره های آموزشی پزشکان، پیراپزشکان و پرستاران بهداشتی سالمندان درج نگردیده است
- ۱۰- کارکنان مراقبتهای اولیه بهداشتی جهت مراقبت از بیماران سالمند تعلیم خاص ندیده اند و هیچگونه آموزش بهداشت در این زمینه به طور خاص وجود ندارد
- ۱۱- با توجه به اینکه در برخی از کشورهای جهان وزارتخانه ای در ارتباط با سالمندان وجود دارد لازم است دست کم در ایران شورای عالی سالمندی تشکیل شود
- ۱۲- پیشنهاد تشکیل کمیته سالمندی در مجلس شورای اسلامی مطرح گردیده که این پیشنهاد به دلیل جوان بودن جمعیت ایران رد شده اما با توجه به لزوم آینده نگری در این خصوص هنوز پیگیری این مسئله مورد نیاز می باشد

# پیشنهادهای و راهکارها

- ۱- حمایت برنامه ریزی شده از سالمندان بر اساس شناخت نیازها، حقوق، آسیبها و خطراتی که با آنها مواجه هستند
- ۲- مشارکت سالمندان در برنامه ریزی های مربوط به خود
- ۳- تدوین قوانین حمایت از سالمندان توسط سازمانهای رفاهی نظیر بهزیستی، تامین اجتماعی و غیره
- ۴- استفاده از تبلیغات در رسانه های گروهی مانند فیلم و سریالهای تلویزیون در خصوص حفظ احترام سالمندان



۵- تلاش برای حل مشکلات اقتصادی سالمندان به منظور استحکام روابط خانوادگی و جلوگیری از سربار بودن سالمندان در جامعه

۶- اهمیت دادن به گذراندن اوقات سالمندان از طریق تشکیل اردوهای زیارتی و تفریحی به وسیله سازمانهای مختلف

۷- امکانات بهداشتی و مراقبتهای ویژه سالمندان در مراکز بهداشتی و درمانی شهرهای بزرگ فراهم شود تا سالمندان بتوانند در موارد ضروری از این خدمات استفاده نمایند

۸- خانواده های دارای سالمند باید به وسیله مشاوران خانواده در رسانه های گروهی با مشکلات دوران سالمندی و مراقبت از آنان آشنا شوند

۹- علاوه بر ضرورت تشکیل دوره های آموزش طب سالمندی برای پزشکان فارغ التحصیل، ایجاد مراکز سرپایی برای مشاوره پزشکی و توانبخشی و ارائه خدمات بهداشتی و انجام طرحهای تحقیقاتی در رابطه با بهداشت و سلامت سالمندان می تواند زمینه ساز راه اندازی طب سالمندان در کشور باشد

۱۰- آموزش کارکنان مراقبتهای اولیه بهداشتی

۱۱- گنجاندن مراقبتهای بهداشتی سالمندان در واحدهای دروس تخصصی پزشکان، پیراپزشکان و پرستاران

۱۲- ایجاد کلینیک های سرپایی همراه با جلسات مشاوره ای برای سالمندان در زمینه پیشگیری و درمان اختلالات بالینی

۱۳- فراهم کردن امکانات بیمه عمومی حداقل برای سالمندان نیازمند